

УДК 616.24-002-055.26

ВНЕГОСПИТАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН г.ВИТЕБСКА В 2009 ГОДУ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Л.Е. Радецкая, А.В. Винников, А.Н. Мамась

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Реферат

В период пандемии гриппа А (H1N1) в ноябре-декабре 2009 года среди беременных женщин г.Витебска имела место высокая заболеваемость внегоспитальными пневмониями с преимущественным поражением нижних долей обоих или чаще правого легкого. В 22,6% заболевание сопровождалось дыхательной недостаточностью, требовавшей респираторной поддержки. Среди заболевших преобладали практически здоровые женщины 20-30 лет без очагов хронической инфекции и признаков иммунодефицита. Своевременная госпитализация и интенсивная терапия этих больных с включением противовирусных средств, массивной антибактериальной терапии, при необходимости дыхательной поддержки, позволила избежать неблагоприятных исходов для матери и плода. Изучено состояние здоровья этих женщин и их детей через год после перенесенной внегоспитальной пневмонии. Дети, родившиеся у матерей, перенесших при беременности внегоспитальную пневмонию, часто имели дисгармоничное развитие, аллергические реакции, реже – внутриутробные инфекции.

Ключевые слова: заболеваемость внегоспитальными пневмониями, беременные женщины, иммунодефицит.

ВВЕДЕНИЕ

Пневмонии – одна из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. В связи с имевшимся в Республике Беларусь в 2009 году подъемом заболеваемости пневмо-

нией, ее тяжелым течением и осложнениями, нами проанализирован наш опыт оказания медицинской помощи беременным пациенткам с данной патологией, исходы их беременности и родов, состояние новорожденных детей.

Цель исследования – оценить эффективность и отдаленные результаты терапии внегоспитальной пневмонии у беременных г.Витебска в период пандемии гриппа осенью 2009 года.

Материалы и методы

Проанализированы 53 истории родов женщин, поступивших в учреждение здравоохранения «Больница скорой медицинской помощи» г.Витебска в ноябре-декабре 2009 года с диагнозом пневмония. В данное учреждение в соответствии с приказом областного управления здравоохранения осуществлялась госпитализация беременных женщин с диагнозом или подозрением на пневмонию из г.Витебска и 6 районов Витебской области в поздних сроках беременности. В декабре 2010 года проведено анкетирование этих женщин путем рассылки опросного листа. Анкеты содержали вопросы, касающиеся состояния здоровья как женщин, так и их детей. На анкеты ответили 34 пациентки.

Результаты и их обсуждение

Из 53 заболевших 39 женщин были в возрасте 20-30 лет (73,6%), 4 (7,4%) – до 20 лет, и только 10 (18,9%) пациенток были старше 30 лет. Роды в анамнезе имели место у 27 пациенток (50,9%). Нормальный индекс массы тела (ИМТ) до беременности имели 45 (84,9%) заболевших женщин, низкий ИМТ (<18,5 кг/м²) – 2 (3,8 %), высокий ИМТ – 7 (13,2 %). В I триместре беременности заболела 1 (1,9%) женщина, во II триместре – 19 (35,8%), в III – 33 (62,3%). При доношенных сроках беременности заболевание возникло в 13 случаях (23,2%). В анамнезе болезни верхних дыхательных путей или частые респираторные вирусные инфекции имелись только 11 женщин (20,7%), у одной пациентки имел место хронический бронхит. Курили на момент поступления в стационар двое. Из

Таблица 1

Локализация воспалительного процесса в легких

Локализация пневмонии:	Количество больных	
	число	%
Левосторонняя нижнедолевая	9	17,0
Правосторонняя нижнедолевая	23	43,3
Двусторонняя нижнедолевая	16	30,2
Верхняя доля левого легкого	1	1,9
Средняя доля правого легкого	1	1,9
Полисегментарная двусторонняя	3	5,7
Всего	53	100

сопутствующей экстрагенитальной патологии наиболее часто встречалась анемия 1 степени – 17 случаев (32,1%). ОРВИ на более ранних сроках при данной беременности перенесли 5 (9,4%) женщин. Артериальной гипертензией до беременности страдали трое, варикозной болезнью нижних конечностей – 4, миопией, как и патологией щитовидной железы (эутиреоз) – по трое. Среди осложнений данной беременности имели место: кольпит, цервицит (11,3%), поздний гестоз (3,8%), угроза прерывания беременности (11,3%), маловодие (5,3%), многоводие (1,9%), синдром задержки развития плода (3,8%), фетоплацентарная недостаточность (35,8%). Длительность пребывания в стационаре только у 8 человек оказалась менее 10 дней. От 10 до 20 дней лечение продолжалось у 33 пациенток (62,3%), более 20 дней – у 13 (24,5%).

Особенности локализации патологического процесса в легких представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, наиболее частой локализацией воспалительного процесса у беременных были нижние доли правого легкого – 23 случая (43,3%). У 30,2% больных процесс носил двусторонний характер. У пяти беременных пневмония развилась на фоне бронхита, у троих двусторонняя пневмония была полисегментарной. Дыхательной недостаточностью страдали 22,6% больных – 12 женщин. Вторая степень недостаточности имела место у 2 пациенток.

При поступлении в стационар беременные с тяжелыми пневмониями помещались в блок интенсивной терапии, персонал которого подготовлен к оказанию специализированной помощи: неинвазивной и искусственной вентиляции легких, легочно-сердечной реанимации. Наблюдение и лечение таких беременных осуществляли совместно врачи-терапевты, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи.

Диагноз пневмонии выставлялся на основании клинических данных, подтверждался рентгенологически. Всем беременным в обязательном порядке определяли уровень сатурации кислорода (SaO₂) методом пульсоксиметрии.

В качестве этиотропной терапии всем беременным назначали против-вирусный препарат - ингибитор нейраминидазы осельтамивир (тамифлю). В соответствии с рекомендациями ВОЗ, введение его начинали как можно раньше, сразу после поступления в стационар, не дожидаясь лабораторного подтверждения гриппа, поскольку осельтамивир наиболее эффективен в течение первых 48 часов заболевания, а беременные женщины являются группой повышенного риска по развитию осложнений, угрожающих жизни [2,3].

Исходя из существующих международных рекомендаций, антибактериальная терапия начиналась в течение первого часа после установления диагноза пневмонии [3]. Применяли следующие схемы антибиотикотерапии: цефалоспорины III поколения или защищенные аминопенициллины и макролиды; при тяжелых формах бактериальной пневмонии – карбапенемы и ванкомицин; цефеперазон/сульбактам и линезолид. После родоразрешения прибегали к респираторным фторхинолонам. Наиболее часто применяемым препаратом был азитромицин (сумамед) – 71,6% случаев. Сочетали его со стизоном, цефопенемом, препаратами цефалоспоринового ряда (цефотаксим, цефтриаксон, цефепим) или «защищенными» пенициллинами – аугментин (амоксиклав, амокси-апо-

клав). Реже назначался тивамер, клацид (кларитромицин), зивокс (линезолид), левофлоксацин (после родоразрешения). У тяжелых больных вводили антибиотики внутривенно. Широко применяли низкомолекулярные гепарины (фрагмин), по показаниям – флюконазол.

Респираторная поддержка, в зависимости от тяжести состояния, проводилась тремя методами: ингаляция чистым медицинским увлажненным кислородом, неинвазивная вентиляция легких и искусственная вентиляция легких. Неэффективность проводимой респираторной поддержки служила основанием для перехода от одного метода к другому. Показаниями к искусственной вентиляции легких считали: сохранение одышки (тахипноэ более 40 в минуту), не исчезающее после снижения температуры; продолжающееся снижение парциального давления кислорода (PaO₂), несмотря на обеспечиваемое высокое содержание кислорода во вдыхаемом воздухе (FiO₂); прогрессирующее снижение парциального давления углекислого газа (PaCO₂); снижение SpO₂<80% на фоне ингаляции кислорода; Pa O₂/Fi O₂<200 мм.рт.ст.; вторую стадию острого респираторного дистресс-синдрома по клинико-рентгенологическим данным, особенно при присоединении начинающихся нарушений сознания и психики (сонливость, эйфория, возбуждение, галлюцинации), прогрессирующей гипоксии плода [1,3].

С целью поддержания эффективного транспорта кислорода и нормоволемии [1] проводилась инфузионная терапия в минимально необходимом объеме. Для обеспечения баланса между перфузией органов и гипергидратацией легких, по индивидуальным показаниям применяли салуретики либо вазопрессоры.

Исходы беременности были следующими: у одной пациентки произошел поздний самопроизвольный выкидыш в сроке 21 неделя беременности. Досрочно, в 36 недель были родоразрешены две женщины. Масса новорожденных составила 2330 г и 3380 г, оценка по шкале Апгар – 6-7 баллов и 8-8 баллов соответственно, плацента в обоих случаях была незрелой.

Одна из этих пациенток, поступила в стационар в тяжелом состоянии с диагнозом: Острая внегоспитальная двусторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония, тяжелая форма, дыхательная недостаточность 3 степени. Беременность 35 недель. Сразу после установления диагноза была начата искусственная вентиляция легких, интенсивная терапия пневмонии. Через сутки на фоне стабилизации состояния произведено родоразрешение путем операции кесарева сечения. На 8-е сутки больная была экстубирована, через 32 дня выписана домой в удовлетворительном состоянии. Дыхательная недостаточность 2-3 степени осложнила течение двусторонней нижнедолевой пневмонии у пациентки С. в 24 недели беременности. На протяжении 6 дней проводилась аппаратная искусственная вентиляция легких, интенсивное лечение пневмонии, массивная антибактериальная терапия: веро-ванкомицин, сумамед и тивамер 5 дней, стизон и зивокс 12 дней, в последующем – амок-сиклав 10 дней. Через 30 дней С. была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, беременность пролонгировалась до доношенного срока.

На фоне пневмонии и остаточных явлений ее родоразрешены 13 женщин с доношенной беременностью. Предпочтение отдавалось родам через естественные родовые

пути под мониторингом контролем состояния матери и плода. Кесарево сечение было произведено шестерым: в плановом порядке – 4, в экстренном – двоим. Показанием к экстренному родоразрешению послужила начавшаяся гипоксия плода. При выборе метода общей анестезии предпочтение отдавалось эпидуральной – пять случаев из шести. Сроки от момента поступления в стационар до родоразрешения определялись акушерской ситуацией и разнились от 3 до 15 дней. При рождении оценку по шкале Апгар 7 баллов имели два новорожденных (масса 4080 г и 4230 г), остальные дети родились с оценкой 8-9 баллов. Массу тела менее 2500 г имели двое зрелых детей. У двух детей выявлены признаки внутриутробного инфицирования, дети были переведены в детскую областную больницу. При гистологическом исследовании плацент в случаях доношенной беременности выявлены следующие особенности: две плаценты имели признаки незрелости в 38 недель беременности. Остальные были зрелыми, три из них имели признаки кальцификации, только в одной был воспалительный процесс – мембранит.

После излечения пневмонии в истекшем году за медицинской помощью обращались 11 женщин из 34 (32,4%). Из них двое – по поводу заболевания легких, 4 – острого респираторного заболевания, 2 – по другому поводу. Повторная госпитализация в первые три месяца после выписки из акушерского стационара потребовалась 5 беременным. У четверых из них возникли осложнения беременности (угроза невынашивания беременности, поздний гестоз). Одна больная через 11 дней после выписки из акушерского стационара после двухсторонней нижнедолевой пневмонии средней степени тяжести, сопровождавшейся дыхательной недостаточностью 1 степени тяжести (ДН1) поступила в ревматологическое отделение стационара по поводу изменения сердечного ритма в 29 недель беременности. После проведенного обследования и лечения состояние нормализовалось, беременности пролонгировалась до доношенного срока.

После родоразрешения всем родильницам выполнено рентгенологическое исследование грудной клетки, патологии не выявлено.

До беременности показатели артериального давления не превышали физиологической нормы у 30 человек из 34 опрошенных. Трое женщин страдали соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы по гипертоническому типу, одна – артериальной гипертензией 2 степени, риск 2. В течение беременности у этих женщин также отмечалось периодическое повышение артериального давления, проводилось лечение. После родов артериальное давление нормализовалось.

У всех 34 анкетированных женщин роды наступили в срок, родились 35 детей (одна двойня). При рождении масса тела и рост у 29 детей соответствовал норме. Один ребенок был гигантским – 5160 г при росте 58 см. Родился он в сроке 40 недель у женщины 39 лет, в сроке 31-32 недели беременности, перенесшей внегоспитальную двухстороннюю нижнедолевую пневмонию средней степени тяжести, ДН1. В год вес ребенка составил 12500 г.

Пятеро доношенных новорожденных были маловесными – от 2120 г до 2490 г, но состояние всех их при рождении было удовлетворительным. Матери троих детей имели никотиновую зависимость, одна прекратила куре-

ние с началом беременности. У четверых из этих беременных общее состояние, несмотря на наличие пневмонии, расценивалось как удовлетворительное. У одной из этих беременных внегоспитальная двухсторонняя нижнедолевая пневмония развилась в сроке 28 недель беременности, сопровождалась дыхательной недостаточностью, потребовавшей респираторной поддержки. В течение 6 дней продолжалась искусственная вентиляция легких, длительно проводилась массивная антибактериальная и противовирусная терапия. Лечение было эффективным, беременность удалось пролонгировать до 40 недель, когда произошли срочные роды плодом с массой тела 2490 г, ростом 49 см. В год жизни масса ребенка составила 10000 г.

В год жизни дисгармоничное развитие с дефицитом массы тела имело место только у одного ребенка, который родился с массой 3880 г. У другого ребенка, родившегося с массой 3355 г, в 6 месяцев жизни масса тела уже достигла 9000 г. Дисгармоничное с избытком массы тела развитие в год жизни наблюдалось у 7 детей (масса тела 11700-12800 г).

Часто болеют 6 детей из 35. В частности, ребенок женщины В., 25 лет, которая в 21-22 недели беременности перенесла внегоспитальную двухстороннюю нижнедолевую пневмонию без дыхательной недостаточности, лечилась бета-лактамами пенициллинами и карбапенемами, родился в сроке 41 неделя беременности с массой тела 3355 г, ростом 51 см с внутриутробной пневмонией. Был переведен в детскую больницу в первые дни жизни, в последующем госпитализировался еще 4 раза за первые полгода жизни.

Всего за год были госпитализированы 5 детей из 35 со следующими диагнозами: лекарственная аллергия, ангина, острый бронхит, атопический дерматит. У курящей женщины К., 37 лет, перенесшей внегоспитальную пневмонию в верхней доле левого легкого средней степени тяжести, ДН0 в 23-24 недели, в сроке 37 недель родилась девочка массой 2410 г, ростом 47 см, оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Ребенку выставлен диагноз: инфекция, специфичная для перинатального периода, генерализованная, неуточненной этиологии, судорожный синдром. Новорожденный от матери с никотиновой зависимостью. Девочке длительно проводилось лечение в стационаре, без положительной динамики. Вес ребенка в 12 месяцев составил 5000 г.

У 2 детей, родившихся доношенными с массой тела 3350 г и 3500 г, в 3 месяца проявился судорожный синдром. В течение 6 месяцев детям проводилось лечение амбулаторно, с эффектом. Один ребенок состоит на учете у гематолога по поводу низкого уровня гемоглобина – 100-108 г/л. Кроме анемии, у данного ребенка имеется аллергическая предрасположенность, мать страдает бронхиальной астмой. Двоим детям проводилось амбулаторное лечение острой респираторной вирусной инфекции.

Во время беременности курило 4 женщины из 34, выкуривая от 5 до 20 сигарет в день. Сейчас курит 9 человек, то есть каждая 4-я пациентка, в режиме от 5 до 20 сигарет в день. При этом у 7 из них стаж курения превышает 5 лет. На вопрос анкеты «отмечаете ли вы необходимость в обследовании?» утвердительно ответили 17 человек из 34 (50%). Хотели бы выполнить ЭКГ- 4

человека, УЗИ сердца - 1, УЗИ почек-3, УЗИ брюшной полости - 8, малого таза- 3. Шесть женщин видят необходимость в рентгенологическом исследовании легких, две - в консультации эндокринолога.

Выводы

1. В период пандемии гриппа А (H1N1) в ноябре-декабре 2009 года среди беременных женщин г.Витебска имела место высокая заболеваемость внегоспитальными пневмониями с преимущественным поражением нижних долей обеих или чаще правого легкого. В 22,6% заболевание сопровождалось дыхательной недостаточностью, требовавшей респираторной поддержки.

2. Среди заболевших преобладали практически здоровые женщины 20-30 лет без очагов хронической инфекции и признаков иммунодефицита.

3. Своевременная госпитализация и интенсивная терапия этих больных с включением противовирусных средств, массивной антибактериальной терапии, при необходимости дыхательной поддержки, позволила избежать неблагоприятных исходов для матери и плода.

4. Пневмонии, имевшие место при беременности, при проведении полноценного лечения существенного негативного влияния на здоровье беременных женщин не оказали.

5. Дети, родившиеся у матерей, перенесших при беременности внегоспитальную пневмонию, часто имели дисгармоничное развитие, аллергические реакции, реже - внутриутробные инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Интенсивная терапия тяжелых пневмоний, вызванных вирусом гриппа А H1N1: инструкция по применению / И.И. Канус, О.И. Светлицкая, А.М. Кар-пукю - Минск: ДокторДизайн, 2010. - 16с.
2. Лечение гриппа А, вызванного пандемическим штаммом H1N1 и его осложнений. Инструкция по применению. Минск, 2009.
3. Нозокомиальная пневмония у взрослых. Российские национальные рекомендации. - М. - 2009.- 32с.

NON-HOSPITAL PNEUMONIA IN PREGNANT WOMEN IN VITEBSK IN 2009 - PECULIARITIES OF THE COURSE, EFFICIENCY OF TREATMENT

Radzetskaya L.E., Vinnikov A.V., Mamase A.N.

Educational institution "Vitebsk State Medical University" (Vitebsk)

Health care institution "Vitebsk city clinical hospital" (Vitebsk)

Abstract

During the period of pandemics of influenza A(H1N1) in November-December 2009 among pregnant women in Vitebsk existed the high level of non-hospital pneumonia. Lower shares of both lungs or more often of right lung were affected as a rule. Respiratory insufficiency which required respiratory support was present in 22,6% of the cases. Among the patients the majority was almost healthy women without chronic diseases or immunodeficiency symptoms. The urgent hospitalization and intensive therapy of these patients which included the antiviral medicines, massive antibacterial therapy, if necessary - respiratory support, has allowed to avoid the unfavorable outcomes both for women and their fetuses.

We have studied the general state of health of these women and their children a year after the non-hospital pneumonia.

The children born from the women who had non-hospital pneumonia during pregnancy often had non-harmonic development, allergic reactions, less often - intrauterine infections.

Key words: morbidity of non-hospital pneumonia, pregnant women, immunodeficiency.